



IX

BIOÉTICA: NUESTRA
PROPUESTA PARA EL
APRENDIZAJE BIOÉTICO Y
DE LA TEORÍA MÉDICA



Víctor Manuel Pacheco

BIOÉTICA: NUESTRA PROPUESTA PARA EL APRENDIZAJE BIOÉTICO Y DE LA TEORÍA MÉDICA

Víctor Manuel Pacheco

“La pregunta no es hoy si la medicina debe ser científica. La pregunta vital es cómo debe ser científica la medicina”. Lolas, 2003.



1. Introducción

Las definiciones de Medicina son, todavía, fuente de debate. Los conceptos tradicionales de “ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud”, o de “arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad”, o de “ciencia de curar y precaver las enfermedades”, siguen siendo incompletas. También es discutible su caracterización como ciencia, técnica o arte.

De lo que se tiene certeza es de su compromiso con el ser humano y con la sociedad, que su práctica requiere de un compromiso ideológico importante, así como de un proceso permanente de formación técnica y moral, y que su responsabilidad primordial es la de utilizar el conocimiento médico (la “experticia” = experiencia + conocimientos) para responder a la necesidad de ayuda al paciente y a la sociedad en el campo de la salud; o bien implementar las medidas que aseguren la salud del individuo o de la sociedad como un todo, para el cumplimiento de sus fines.

Cualquiera sea la definición actual de Medicina, su práctica y teoría requieren del desarrollo de un nuevo paradigma, recuperando al modelo histórico basado en la narrativa (el paciente como narrador de su biografía, no solamente de su enfermedad) e integrando la experticia clínica del médico con la mejor evidencia clínica externa, es decir con la MBE, en la toma de deci-

siones en las que se respeten la autonomía y los valores del paciente y del médico, para integrar lo que bien podría denominarse *Medicina Basada en la Reflexión*). En ésta, no debería estar ausente la reflexión bioética que, al igual que el conocimiento técnico, debería ser motivo de estudio continuo y continuado que se inicie en la formación de pregrado.

Presentamos ahora elementos para la creación de una teoría médica, y un modelo de *Educación Bioética y en Bioética*, para su análisis y discusión.

2. Elementos para una teoría médica

En el sentido más elemental y primitivo, ejercer la medicina es atender directamente las necesidades sanitarias de las personas y ahora también de las sociedades. Se acepta entonces llamar Medicina, por extensión, a todas las actividades relacionadas con la más primaria.

Sin embargo una duda está todavía sin respuesta desde el nacimiento de la Medicina, esta es si debe entenderse y desarrollarse como ciencia, técnica o arte.

Si bien en las últimas décadas el siglo XX se desarrollaron la estadística, la epidemiología clínica, la teoría de juegos, y las ciencias sociales, que se sobreañadieron a la larga historia del saber y pensamiento médicos (ya enriquecidos con el desarrollo tecnológico y técnico para la observación del microcosmos y la comprensión de una fisiología primitiva), permitiendo el desarrollo de la teoría de la evidencia científica como base del conocimiento en los saberes y prácticas médicas, ello no significa que la Medicina sea una ciencia como cualquier otra, si bien como cualquiera de ellas no puede, ni aún con el uso de la evidencia, definirse como infalible o poseedora de la verdad absoluta.

A la consideración estricta de la Medicina solo como ciencia se oponen:

- La distancia existente entre los conocimientos universales y los acontecimientos particulares (la ciencia busca respuestas a preguntas generales e intenta contrastar hipótesis teóricas con la realidad, la medicina busca las mejores soluciones a problemas particulares, aunque para ello utilice el método científico que permite definir la mejor evidencia);
- El conflicto entre la explicación natural intemporal y neutra, y la comprensión personal histórica (la medicina interpreta la biografía, la historia y la situación presente –o pasada– de un determinado individuo o grupo social, es decir el yo y su circunstancia);
- La actitud diferente de los científicos y los médicos que se encuentran practicando la medicina (se suele aceptar que el científico busca nuevos problemas y los abandona una vez resueltos; el médico que ejerce como tal aprende a solucionar un problema, tiende a especializarse en ello y a repetirlo cada vez mejor; el científico intenta solo explicar objetivamente los fenómenos o brindar soluciones a ellos, el médico pretende, además, comprender humanamente a sus enfermos y por ello necesita introducir su propia subjetividad, sus sentimientos y sus valores).

La medicina, y más la clínica, se podría entender como un “saber hacer” práctico que se perfecciona con la experiencia, y en el que son necesarias aptitudes, manualidades y habilidades técnicas. Esta limitada concepción técnica definiría una figura del médico reducida a la de un “experto que sabe aplicar ciertas tecnologías”, y al paciente entonces como “cliente usuario de ciertas técnicas”, acotando así el objetivo de la medicina a la eficacia técnica y a la maximización del cociente de los beneficios frente a los costes. Este modo de comprender la medicina solo genera en el médico algunas normas de educación y cortesía hacia los enfermos, pero *dejan de ser imprescindibles la comprensión, la compasión y la*

humanidad. El paciente solo tiene derechos de igualdad y autonomía además del de la vida, pero no tiene por qué ser estimado, comprendido y aconsejado. Su derecho a la dignidad, y a ser reconocido y tratado como un ser humano, semejante al que tiene quien brinda la atención médica, no existe en plenitud.

Hay sin embargo facetas de la práctica de la medicina, de la ejecución de actos médicos, que no caben en el esbozo de definición de ciencia o de técnica delineados, entre ellas la existencia no controvertida de la intuición humana, el necesario ejercicio del juicio clínico y la valoración de múltiples elementos en ese juicio (algunos de ellos no nacidos de la ciencia o la técnica) para la toma de decisiones. Algunos de estos conceptos pueden ser recogidos, de acuerdo a Sánchez-González, en un concepto de “arte” entendido como “hermenéutico” (del griego, interpretar), es decir como interpretación humana. No hay que olvidar que el núcleo germinal de la medicina clínica es la biografía de la persona, lo que ha dado en llamarse con propiedad historia clínica, y que en su elaboración, así como en su uso para el diagnóstico y la toma de decisiones médicas (cualquiera que sea el modo que sigamos, ortodoxo u orientado por problemas), interviene sustancialmente la subjetividad, constituyéndose entonces en un proceso interpretativo, en mayor o menor grado y hasta estadios menos o más avanzados del acto médico. En esta hermenéutica se exige al médico el cumplimiento de presupuestos morales que empaten con valores, finalidades y reflexiones éticas, del sujeto activo y pasivo, como en toda empresa moral.

La medicina, por otra parte, califica a todas las personas en sanas o enfermas. Este proceso de categorización imperativa coloca a la medicina igual que el sacerdocio y la justicia que también califican obligadamente a todos los individuos como salvos o pecadores, y culpables o inocentes. Circunstancia esta de calificar que coincide en las “profesiones” primarias, y que les confieren un carácter único, dado que puede afectar la integridad del “yo” de las personas.

La Medicina entonces, como conjunto de saberes, ciencias y técnicas, tiene antecedentes históricos que se refieren a sus conocimientos, al desarrollo de la práctica médica, al análisis de la cambiante situación del hombre sano o enfermo inmerso en su entorno social, elementos que estructuran una historia de la ciencia en sí, de los paradigmas de su constitución interna, y una historia del enfermo, del médico, de los conceptos de salud y enfermedad, y de las formas de tratamiento. Los diferentes patrones culturales impregnan esa historia y la cosmovisión que tienen los enfermos y los agentes de salud, determinando el imaginario sobre la forma de ver la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, la causa de las enfermedades, el modelo de relación médico-paciente, el modelo sanitario que adopta la sociedad, y las correlaciones del agente sanitario con la sociedad, con sus pares, y con la estructura del estado.

Pero al referirse a la propia vida del ser humano, y al ser humano en sociedad, la Medicina, por preocuparse de los valores y principios morales de las personas, y por responder a los dinámicos modelos del desarrollo científico y tecnológico, debe confrontar una serie de problemas y dilemas morales, que es necesario analizarlos y reconocerlos en sus apropiadas dimensiones y en su entorno.

Todos estos antecedentes justifican la integración a la formación médica, del aprendizaje de los elementos culturales, históricos, antropológicos y éticos que participan en el desarrollo, teoría y práctica de la medicina.

Por otra parte el corpus de conocimientos centrados en el hombre e integrado por la antropología, historia, filosofía médica y ética, definen lo que ha dado en llamarse “Humanidades Médicas”, cuyo estudio y entendimiento por los médicos busca una medicina humanista, realizada desde el hombre, para el hombre y por el hombre. Una medicina sustentada en el humanismo reformulado a lo largo de la historia moderna y contemporánea, incorporada a la red del desarrollo científico y vinculada

a las necesidades de salud de las gentes, de las personas, a más de las necesidades de la sociedad. En este contexto es necesario que el Estado ejerciendo su rol regulador de la educación establezca las pautas y obligaciones en su enseñanza.

Con ese propósito en Ecuador la Ley de Educación Superior, todavía en vigencia desde el 15 de mayo del 2000, establece que las instituciones del sistema nacional de educación superior ecuatoriano deben dirigir su actitud a la formación integral del ser humano para contribuir al desarrollo del país y al logro de la justicia social, así como al fortalecimiento de la identidad nacional en el contexto pluricultural del país, a la afirmación de la democracia, la paz, los derechos humanos, la integración latinoamericana y la protección del medio ambiente (art. 2), teniendo como objetivos y estrategias fundamentales, entre otras, la de preparar profesionales y líderes con pensamiento crítico y conciencia social, ofreciendo una formación científica y humanista del más alto nivel académico, respetuosa de los derechos humanos, de la equidad de género y del medio ambiente, y sistematizando, fortaleciendo, desarrollando y divulgando la sabiduría ancestral, la medicina tradicional y alternativa y en general los conocimientos y prácticas consuetudinarias de las culturas vivas del Ecuador (art. 3, literales b, c, y h).

3. Ideales y conflictos médicos

Ahora bien, el imaginario y el concepto de salud y enfermedad no son cuestiones de hecho sino que incorporan y requieren evaluaciones (es decir juzgamientos desde los valores del individuo o la sociedad), que han sufrido un proceso evolutivo desde entender la enfermedad como *des-gracia* (o pérdida de la gracia divina), a la *des-dicha* (o pérdida de la felicidad) y a la *in-capacidad* (disminución o pérdida de la capacidad para lograr el cambio a valores positivos de la propia existencia o de la pertenencia a la sociedad).

En este imaginario la toma de decisiones médicas está impregnada (mal que nos pese o bien que agradezcamos) de juicios de valor no asépticos estructurados por los distintos participantes en el acto médico desde su particular óptica, y en consecuencia la práctica de la medicina desde siempre ha sido una forma de vida que obliga a la reflexión y compromiso éticos: la pregunta que acompaña a la decisión terapéutica es ¿cuáles deben ser las pautas que deben regular mi comportamiento con los pacientes y porqué acepto esas pautas?. Pregunta persistente cualquiera que sea el modelo de adquisición del “saber médico” (basado en la especulación o experimentación) y de la “práctica médica” (fundamentada en la aplicación, observación o validación).

Son posibles, sin embargo, distintas formas de responder al pedido de ayuda en salud de los enfermos y sociedades, que se constituyen en los denominados “ideales médicos”, los básicos: el institucional y el personal.

El ideal médico institucional debería partir de las necesidades y expectativas de la sociedad o una parte de ella, circunstancias que deberían reflejarse en la planificación integral docente (estructura, forma y número de productos; y manera de obtenerlos) como un mínimo exigible aceptado por todos. Este ideal en términos generales, y para Estados responsables de formas de producción capitalista, ha cambiado de una concepción naturalista y asistencial individual, somaticista y curativa (el ideal del clínico experimentado y del científico de laboratorio) a un concepto social y preventivo que reconoce a la medicina como una ciencia multidimensional, que busca la obtención de la salud para la mayoría, y que la entiende desde una perspectiva integral que incluye el sentido de bienestar biológico y psicológico y el de respeto a la dignidad y derechos de las personas. La salud en esas sociedades debe ser entendida no solo como ausencia de enfermedad, ni normalidad, ni bienestar físico y psíquico solamente; sino como probabilidad cierta de utilización del potencial humano con una finalidad que tiende a la modificación del medio y al cambio de la propia existencia en categoría útil a uno mismo y a los demás.

El ideal médico personal responde a la elaboración de cada uno, y es por tanto un ideal de máximos, que nadie puede imponer a otros. Es importante porque en él se encuentra el significado y el valor que para cada quien tiene su profesión (o su proyecto profesional). *Por ello, y al margen de la formación curricular profesional, cada uno debe construir y cultivar su propia imagen del médico, la que quiere llegar a ser.*

Este ideal médico personal se ajusta, de alguna manera, a la evolución de lo que podríamos entender como fines de la medicina: beneficencia sin autonomía en la que predomina el paternalismo, propia de la concepción griega; el bienestar del prójimo, por amor, sin desear unirse o apropiarse de él, como forma de solidaridad compasiva, del cristianismo primitivo; la medicina como remedio del cuerpo en el que el médico sea a más de sabio, hombre versado en las artes que sane, conforte y eduque, característica de la medicina islámica pre-renacentista; la satisfacción personal del descubrimiento, a través de la búsqueda y hallazgo, de lo que desde la profundidad envía sus señales a la superficie para expresarse como elemento fisiognómico y patognomónico en el enfermo, desarrollado hacia el siglo XVIII; la compresión del organismo como cifra, cómputo y ecuación con imperio de la razón instrumental que lleva a la deshumanización de la medicina, no en el sentido religioso o afectivo sino en el técnico, desarrollado en el siglo XX; y la reformulación y síntesis de los fines desde la preocupación de su administración para vertebrar esos fines en los ideales bioéticos globales que rescaten los principios de respeto de los valores derivados de los derechos fundamentales, la dignidad del ser humano y la justicia y equidad en la sociedad.

Al momento muchos médicos demuestran insatisfacción con la forma de ejercicio de su profesión, posiblemente en relación con grandes fuentes de conflicto, algunos de ellos identificados por MA Sánchez-González:

- La presencia de formas de atención sanitaria diversas en modelos de estructura social y económica inequitativa;

- La modificación de los fines y objetivos en salud de la sociedad, de la búsqueda de un “Estado de bienestar” a la de un “Estado de justicia”, o viceversa. En el primer modelo el objetivo era cubrir las contingencias negativas de la vida de las personas, pero con componentes diferenciados para los “productivos” que para los recuperables, orientando el sistema sanitario en torno al enfermo agudo y recuperable, y desatendiendo la asistencia primaria a favor de la hospitalaria. En el segundo se exige asegurar que todos los hombres tengan cubiertas sus necesidades básicas, en este caso las sanitarias, universalizando su acceso, pero sin lograr diferenciar lo imprescindible de lo necesario y aún de lo superfluo; con un direccionamiento del sistema a la asistencia primaria y a las patologías de mayor prevalencia. El problema es que en estos modelos predominan, de acuerdo al escogido, éticas de mínimos o de máximos, que no siempre se ajustan y empatan con los valores individuales, o con el ideal médico personal; y que en la filosofía de la práctica médica el justo medio, siendo deseable, todavía se encuentra en proceso de investigación;
- El cambio que se está dando en la práctica médica de un antiguo modelo paternalista (afincado en el comportamiento médico tradicional y en una cosmovisión general constrictiva) a un nuevo ideal autonomista con relaciones más igualitarias y de respeto a las personas, con un cambio de modelo de ser centrado en el médico (aún como responsable moral, paternalista, generoso pero autoritario, que buscaba el bien del enfermo pero sin el enfermo, que provocaba la confianza pasiva y el agradecimiento incondicional) a uno centrado en el paciente (en el que sus juicios y valores son cada vez más decisivos, y que no siempre proporcionan el reconocimiento paternalista que buscan –o buscaban– los médicos);

- La modificación de un ideal “curativo” tecnológico a un ideal “sanador” integral, en la que se rescata la idea de “paciente” como la de quien padece inmerso en elementos psicológicos, culturales y biográficos personales, pero también en una estructura social compartida;
- El abandono progresivo de la figura del médico como ser capaz de diagnosticar y tratar “enfermedades”, confiado en exploraciones objetivas y pruebas de laboratorio para reconocer y tratar mecánicamente especies morbosas definidas por la ciencia médica, ya que con esta reducción se dejan incumplidas muchas de las expectativas precisamente de los pacientes y se eliminaban parcelas amplias de las relaciones entre humanos que se reconocen como tales (una de ellas la relación médico-paciente). Ahora se busca que la capacidad de curación tecnológica sea complementaria a la capacidad de suministrar atención y cuidados humanos.

Si se superan estos conflictos los médicos tendrán la posibilidad de ejercer una medicina más completa, eficaz, humana y satisfactoria, pero para ello es necesario aceptar el compromiso de necesidad de alcanzar la excelencia profesional y desarrollar un quehacer ético de compromiso humano y social. En caso contrario la persistencia de actitudes impropias de esquemas paternalistas y tecnocráticos alimentará la insatisfacción y el enfrentamiento de los médicos con los pacientes y la sociedad.

4. Bioética médica

La definición moderna más concreta y correcta de Bioética es la de ser la reflexión consciente y libre sobre lo que es bueno y lo que es malo, del porqué lo aceptamos como tal en cada caso, y de “¿porqué hago lo que hago?”, más que la aceptación o definición de “lo que tengo que hacer”, en el área de las ciencias de la vida (¿y la vida misma?), y la de Bioética Médica, en el campo de la Medicina.

La Bioética Médica es entonces el estudio sistemático de los valores y principios morales que rigen la conducta humana en el campo de la Medicina y la atención de la salud. Estos valores se deben basar, en un país laico, plural y democrático, en el reconocimiento de nuestra pertenencia común a la especie, en el hecho natural de reconocer nuestra corporalidad y la propiedad instintiva del psiquismo y en el hecho de que existimos no solo porque tenemos nosotros mismos esa conciencia, sino porque son los otros los que nos reconocen como humanos, y que también nosotros los reconocemos como tales, y al hacerlo los escogemos para la vida, en otros términos la fundamentación de los valores bioéticos debe derivar, en este tipo de sociedades, en los Derechos Humanos.

El campo de la Bioética es cada vez más amplio, temas como el respeto y desarrollo de los Derechos Humanos, el control y propósito de la investigación en biotecnología, la responsabilidad ecológica y la salvaguarda de la biodiversidad, la responsabilidad de los Estados, se integran a ella, que abarca así a la Bioética Médica, a la Deontología, a la Bioética económica, a la Ética ecológica, entre otras.

La Bioética Médica se refiere al campo más específico de la relación médico-actor social o médico-paciente, en la que persisten los conflictos de siempre y aparecen nuevos: el inicio y el final de la vida, la investigación en y con seres humanos, la prolongación de la vida, la definición de dignidad en la vida y la muerte, las responsabilidades legales y jurídicas (a más de las éticas) de los agentes sanitarios, de la sociedad y de los Estados, la distribución de recursos en la práctica sanitaria, entre otros, pero también las pautas, objetivos y fines de la educación médica y el desarrollo de ideales médicos conforme a los tiempos, circunstancias y estructuras con vista a la evolución positiva de los médicos, los pacientes y las sociedades.

5. Principios básicos de Bioética

El debate bioético contemporáneo parte de la identificación, en 1978 por un grupo de reflexión estadounidense, de cuatro principios básicos que deberían regular la investigación en humanos y que luego se vio útil en la relación médico/paciente:

- No-maleficencia: “no hacer el daño”,
- Justicia: “en igualdad de condiciones nadie debe ser tratado peor que los demás” o “distribución por igual de riesgos y beneficios”,
- Beneficencia: “hacer el bien (pero el de ellos)”, y
- Autonomía: “el respeto al derecho que tiene la persona a decidir sobre sí misma en la medida que no afecte a terceros”.

Si bien esta teoría, conocida como “Principialista”, ha sido criticada por su falta de fundamentación (no se señalaron los fundamentos que justificaban los “Principios”), por su simplicidad y rigidez, o por su lejanía del ambiente psicológico, social y circunstancial donde se toman las decisiones morales, es el trasfondo para las discusiones bioéticas de los últimos 30 años. Supuestamente en contradicción a este “Principialismo”, pero realmente complementarios a él, se han desarrollado modelos bioéticos que consideran especialmente a la situación en la que se realizará la toma de decisiones (“Situacionalismo”) o que recurren al reconocimiento de la “Virtud” como guías para el comportamiento médico.

En su aparente simplicidad los innumerables análisis que se han hecho sobre los Principios Básicos de Bioética han permitido:

- Identificar aquellos que se relacionan con las consecuencias de los actos: Beneficiencia y No Maleficencia, y aquellos previos a la realización de los mismos: Autonomía y Justicia,

- Jerarquizarlos de acuerdo a su relación con “los otros” (la sociedad) en dos niveles: uno de carácter público que determinan nuestros deberes para con todos los seres humanos en su vida biológica y social y por ello son exigibles también a todos, de No-Maleficencia y Justicia; y otro referido al ámbito privado de las personas, gestionables de acuerdo al proyecto de vida de cada humano,
- Beneficencia y Autonomía,
- Justicia y No-Maleficencia se refieren a los mínimos de convivencia con los demás y al tener esa característica permiten el desarrollo de una “ética de mínimos”, de universalización obligatoria,
- Beneficencia y Autonomía, al pertenecer a una “ética de máximos”, deberían subordinarse a los otros dos, que tendrían entonces un nivel superior, de acuerdo a la propuesta de Diego Gracia,
- Identificar, de una manera sencilla, el principio de No-Maleficencia con el derecho humano a la vida y seguridad de la persona, el de Justicia con el de igualdad en derechos, el de Autonomía con el de libertad, y el de Beneficencia con el de igualdad en dignidad e integridad y de búsqueda de la felicidad.



6. El quehacer bioético

El desarrollo de actitudes éticas en los médicos en su práctica profesional debe venir de:

- Admitir el hecho de que los humanos somos libres y que no perdemos esa categoría por ser médicos o pacientes,
- Razonar el porqué de nuestras decisiones, justificándonos más que ante “otros”, ante nosotros mismos,
- El ejercicio de nuestra libertad reflexiva en la toma de decisiones,
- Prestar atención a nosotros mismos, como humanos y parte de la especie, para obtener nuestro bienestar,

- Priorizar nuestras decisiones y verificar si aquella que vamos a tomar es realmente la que queremos tomar,
- Aceptar que no siempre los fines que se buscan justifican los medios que se utilizan para hacerlo,
- Valorar y aceptar las consecuencias y responsabilidades de ser libres (eludiendo las coartadas que podrían justificar nuestras acciones equívocas),
- Ponernos en el lugar de otros, respetando su libertad, autonomía, valores y deseos.

Con la práctica de estas reflexiones éticas, los médicos deberían acabar por adoptar las siguientes actitudes:

- Tomar conciencia de su propia actitud ante la enfermedad,
- Contemplar la enfermedad como una parte irrenunciable de la vida personal de las personas y del mismo médico,
- Admitir al enfermo como humano, como un ser dual biológico y racional, ser de derechos y deberes- y por lo tanto como su semejante e igual en cuanto miembro de la especie,
- Reconocer, aceptar e interiorizar imperativamente el ideal *kantiano* de considerar a las personas –y a sus pacientes- como fines en sí mismos y no como medios, o mejor aún no solo como medios,
- En consideración a lo expuesto valorar al enfermo como un adulto responsable que tiene algo que aprender y enseñar, y no como un niño al que se puede engañar, cohesionar o manipular.

La interpretación de este quehacer ha cumplido varias etapas: la de tranquilidad hipocrática que obedecía a un modelo integral e integrador, la de investigación filosófica que socavó las certidumbres previas, la de cuestionamiento de la propuesta imperialista norteamericana y la de crisis globalizadora que replantea desde la razón social los conceptos vigentes.

7. El aprendizaje de la Bioética Médica

La Medicina estudia al ser humano en tanto ser con categoría de sano, enfermable, enfermo, curable y mortal, pero también ser moral. Su estudio no puede realizarse solamente desde un modo lógico o un modo histórico, o desde una perspectiva autónoma orgánica o intelectual, sino que requiere de una aproximación múltiple. No se puede ejercer con decoro una profesión cualquiera, y menos cuando ésta tiene por objeto el trato con seres humanos, con personas y con personas enfermas, cuando se desconocen sus fundamentos teóricos e históricos. Se trata de tener conciencia reflexiva de lo que han significado a lo largo del tiempo y significan hoy para los seres humanos la salud, la enfermedad, la curación, el origen de la vida en cuanto ser humano y la muerte.

La salud siempre se ha tenido como un bien importante, parte y reflejo de la integridad de la persona y como tal exige de quien en algún momento es responsable de ella, el médico, grandes cualidades físicas, intelectuales y morales; igual que sucede con el sacerdocio o la administración de justicia en relación a su integridad espiritual y social. Estudiar esos factores, comprender lo que significa para el ser humano y para el médico el sentido de la salud, de la enfermedad o la muerte, la evolución de los conocimientos y de los modos de tratamiento de la enfermedad, todo ello es necesario para hacer de los estudiantes de medicina y de los médicos profesionales responsables y conscientes de sus obligaciones. Ese estudio es parte de lo que entendemos como reflexión bioética, nacida del desarrollo de actitudes personales y sociales.

Se ha establecido que las actitudes éticas siguen, en el individuo, un proceso de maduración (Piaget, Kohlberg) partiendo de una etapa "pre-convencional" que cambia de una fase en la que se considera lo correcto en términos de obedecer a la autoridad y evitar el castigo, a otra en la que lo correcto se define como lo que sirve

a los propios intereses y podría permitir a otros conseguir los suyos; evoluciona a una etapa “convencional” que conceptúa lo correcto de acuerdo a los sentimientos y expectativas comunes al grupo y luego como lo que mantiene el orden social; y finalmente concluye en una tercera etapa “post-convencional” con un primer nivel en el que la conducta moral se define como derechos y reglas básicas admitidos en libertad por los individuos y un segundo nivel en el que se define lo correcto de acuerdo a principios éticos universales y abstractos libremente elegidos. De acuerdo a Rest hasta un 20% de la población adulta solo llega hasta la etapa preconventional y los médicos suelen ubicarse en el nivel convencional o en el primer nivel del post-convencional.

En este esquema, bastante lógico por lo demás, las actitudes se aprenden pronto, en la primera infancia, y cuanto más importantes sean, más temprano. Es evidente que antes de las aulas universitarias las personas habrán definido su carácter, sus actitudes “primarias” ante la vida y el mundo. Estas actitudes son potencialmente modificables a través de la formación de habilidades y conocimientos, identificadas como “actitudes secundarias”, que son las potencialmente educables. De tal forma que en los cursos de Bioética y Ética Médica, como señala Gracia, lo único que puede pretenderse es procurar conocimientos y habilidades para intentar el desarrollo de esas actitudes secundarias.

Sin embargo es necesario distinguir, desde el punto de vista práctico y filosófico, lo que es la educación “*en o sobre Bioética*”, dirigida a complementar la formación de los estudiantes de medicina y de las personas involucradas en la atención sanitaria o la investigación biomédica, que tendría un carácter pasivo y observacional; y una “*educación bioética*”, como proceso de inmersión de la persona en sus temas de reflexión y preocupación, con naturaleza activa y participativa, factor de cambio de las acciones y actitudes. El primer caso se adopta una actitud de público en cuanto espectador, en el segundo de actor y protagonista.

Es también necesaria, conforme al pensamiento de Lolás, la distinción entre contenidos temáticos y argumentación. Se trata, en un aprendizaje proactivo de la Bioética, no solo de proporcionar el conocimiento sobre diversos tópicos, sino de desarrollar en cada uno un procedimiento que permita llegar a consensos desde las propias convicciones y certidumbres, en último término desde los propios valores, así como de crear un sistema racional de argumentación previo a las actuaciones, que deseche los prejuicios y dogmas como justificación visceral para su ejecución. En este sentido es sin embargo necesario señalar el riesgo de crear *expertocracias* que dirijan la reflexión bioética desde la paradoja y asombro a la ortodoxia, desde la invención a la repetición, desde la innovación y crítica al ritual y sometimiento, y desde la vigencia por necesidad cambiante, a la obsolescencia y sedentarismo.

Es evidente que los aprendizajes de conocimientos y habilidades bioéticos, y con ello la posibilidad de desarrollo de actitudes éticas secundarias, deben ser paralelos –en coordinación horizontal- a la adquisición de conocimientos y habilidades biológicos y médicos: como ejemplo sirve el de la historia clínica, solo quien ha hecho historias clínicas reconoce los problemas éticos de la historia clínica.

Un esbozo de los objetivos finales de la *educación bioética* debería incluir, a la luz de las reflexiones previas:

7.1 Creación de un pensamiento crítico bioético en el médico y el estudiante de medicina

La Bioética Médica se refiere a la reflexión sobre lo que es bueno o malo en el área de las ciencias de la salud y la discusión del porqué del conjunto de valores aceptados, así como a su comparación y diálogo con otros conjuntos que buscan, en el sujeto y en la sociedad, el establecer conscientemente y en libertad el porqué aceptamos estos valores y rechazamos otros. La Bioética Médica reflexionará por ejemplo sobre lo correcto en la atención sanitaria, en la distribución de recursos, en la regulación de la tec-

nociencia y su investigación, en la intervención genética y reproductiva, y en el modelo educativo, pero también en la relación de los agentes sanitarios con sus pacientes, consigo mismos, con sus pares, con otros seres vivos y con la sociedad.

Los fundamentos que respalden argumentalmente las conclusiones a las que se llegue a partir de esa reflexión no pueden ser, en las sociedades democráticas y por ello laicas y tolerantes, dogmáticas o canónicas sino dialogantes; y sus conclusiones idealmente consensuadas. La Bioética entendida así no busca formar médicos ni buenos ni malos pensadores, sino solamente *librepensadores*.

Esta concepción de la Bioética la aleja de la Deontología, a la cual en determinados momentos se la asimilaba, como su equivalente. La Deontología se refiere a pautas, normas o disposiciones aceptadas y establecidas por la mayoría (aunque algunas veces por consenso) de los miembros de la comunidad médica, señala lo conveniente (lo convenido) que se ajusta a lo deseable para resolver los conflictos con la sociedad, los pacientes, y los médicos, y tiene más un carácter jurídico o reglamentario que reflexivo, salvo en sus etapas iniciales o de revisión. La Deontología, como tratado de los deberes del médico, generalmente se ha quedado corta –y más en las últimas décadas- frente a la cuantía de los dilemas que debe enfrentar, relacionados con el vertiginoso avance tecnológico, y la evolución de los modelos sociales. La aceptación acrítica y disciplinada de las normas deontológicas, en sustitución de la reflexión ética y del sentimiento moral, alimenta, además de la opción de enfrentar una serie de dilemas, la posibilidad de la delegación de responsabilidades morales individuales en leyes que obedecen a proyectos políticos inadmisibles y, en sociedades basadas en las libertades individuales, entrará en conflicto con la reflexión bioética. Se trata entonces ahora –en beneficio de nuestros derechos y dignidad- de que cada uno de los médicos y los estudiantes de medicina definan un armamentarium argumental que permita establecer, y defender luego, desde la razón, el porqué de sus valores y, en una sociedad que

se busca cada vez más participativa, creen un pensamiento crítico pero tolerante sobre las razones de los “otros” y de la sociedad.

7.2 Redimensión bioética de la relación médico-paciente

La tradicional relación médico reconoce la intervención de tres actores: el médico, el enfermo y la sociedad.

La concepción bilateral asimétrica todavía vigente en algunos sistemas de filosofía médica de la relación médico-paciente en la que el profesional sanitario desempeña el papel de tutor o padre poderoso y el enfermo el de desvalido o inválido moral, fue superada en la denominada “rebelión del paciente”, cuando se reivindicaron su capacidad y derecho a tomar decisiones que afectan a su propio cuerpo o salud, derivada del reconocimiento de su derecho fundamental a la autonomía. Se buscó desde entonces el desarrollo de un modelo más horizontal y simétrico en la relación médico-paciente, en esa relación, que corresponde a dos conciencias emancipadas que tienen igualdad de derechos, se exige como requisitos para el cumplimiento de sus fines que los participantes tengan más o menos el mismo poder, que cada uno necesite del otro y que los actores estén empeñados en una actividad satisfactoria para los intereses de ambos. Esta situación no significa que se haya producido un intercambio de papeles: el médico sigue siendo el que sabe medicina y con ella intenta ayudar al enfermo; el enfermo por su parte acude, en demostración de confianza al médico, en forma autónoma y porque quiere curarse. En el nuevo modelo de relación médico-paciente, que involucra a la sociedad y la familia en el vínculo bilateral, el paciente se rige por el principio de autonomía (ética de la elección) y el médico básicamente por el de no-maleficencia (ética de la indicación médica a partir de la mejor evidencia).

El tercer actor es la sociedad. En toda relación médico-paciente, aún en la consulta privada, están presentes, aunque solo sea por

ausencia, todos los demás hombres y sus organizaciones. En esa relación la sociedad se rige por el principio de justicia (garantía de igualdad de acceso, o en el extremo de desigualdad) y la familia por el de beneficencia (a partir de la ética de la perfección y en aplicación de decisiones de sustitución).

Pero estas relaciones contemporáneas, en las que entran en conflicto los intereses y valores de cada actor, suelen ser más conflictivas e inestables que las verticales y asimétricas, requieren de una adecuada formación cognitiva y de actitud del personal sanitario en cuestiones que permitan el desenvolvimiento equilibrado en ellas; el replanteamiento de algunos tópicos de *la enseñanza clásica* de la medicina con referencia a problemas epistemológicos, psicológicos y éticos de la relación médico-paciente; y la constitución en las áreas de salud y de educación en salud de comités mediadores de los conflictos humanos y éticos que generaría este nuevo paradigma de relación médico-paciente.

En ese entramado filosófico se decía que el médico –y el agente sanitario en general- debían estar al “servicio” del paciente, lo que al momento actual debe entenderse como un error: basar una relación interpersonal en la figura social y jurídica del servilismo, no puede ser un ideal en la época de los Derechos Humanos. En ejercicio de esos derechos se han identificado algunos derechos sociales propios de los médicos: el derecho a escoger el tipo y ubicación de su práctica, la necesidad de que los servicios médicos sean controlados por médicos, la libertad de escoger a sus pacientes excepto en emergencias o por razones humanitarias, la libertad a decidir y aconsejar de acuerdo a su conocimiento y experiencia (pero basadas en la práctica de la MBE y en la reflexión, y en acuerdo con valores que deberían poder argumentarse públicamente). Ahora se trata de tener un modelo que se caracterice por la confianza y la confidencia para llegar a la compasión, es decir ponerse en el lugar del otro e identificarse con su experiencia, como una relación humana basada en la constancia, el respeto a la persona, la devoción y la responsabilidad.

7.3 Humanización de la práctica médica

La teoría médica desarrollada a lo largo de la segunda mitad del siglo XX entiende al organismo como cifra, cómputo y ecuación cuyo conocimiento y práctica integral escapa a la capacidad de un solo individuo e induce además cierto reduccionismo biológico que puede llevar a la super-especialización (no necesariamente negativa); a una exagerada tecnificación y dependencia tecnológica; y a la implementación de nuevos modelos y sistemas de administración de los servicios sanitarios, con imperio de la razón instrumental o de modos en los que se busca en forma preponderante la mejor relación coste/beneficio. Estos elementos llevan a la denominada “deshumanización de la medicina”, no siempre en el sentido técnico, sino en el social y político, y en grados extremos también en el religioso y afectivo.

Este modelo “deshumanizado” lo es porque para “otros” o “los otros”, el individuo pierde su naturaleza dual biológica y psíquica espiritual, su integridad en cuanto unidad mayor que la suma de sus partes, y deja de ser reconocido como ser de derechos, generales, humanos no perdidos por su calidad de enfermos, y específicos derivados de aquellos. Los más conspicuos de ellos:

- Derecho a ser tratado con dignidad y respeto,
- Derecho a no ser calificado como enfermo ni a ser rotulado por razones distintas de su condición de salud,
- Derecho a recibir atención y tratamiento apropiados,
- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y alternativas de tratamiento,
- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas, sujeto de enseñanza o tratamientos especiales sin consentimiento informado,
- Derecho a la confidencialidad de los antecedentes personales frente a terceros, con acceso a propia información,
- Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual y religioso,
- Derecho a recibir educación en situaciones especiales.

Por otra parte se pueden identificar en la actualidad, como expectativas de los pacientes ejercientes de sus derechos, frente a los agentes de salud:

- Deseo de ser considerados como seres humanos (que los agentes de salud se interesen por los pacientes como tales),
- Deseo de ser escuchados y comprendidos (y por lo tanto de ser reconocidos por sus semejantes como humanos),
- Competencia profesional del agente de salud (que impida la ejecución de, o corrijan, menguas relacionadas con la enfermedad que atenten contra la vida o la integridad de la persona),
- Información razonable sobre sus preocupaciones y su futuro (como expresión del respeto a la integridad, autonomía y libre albedrío de los pacientes),
- Deseo de no ser abandonados (como reconocimiento de que han sido escogidos, por otro ser humano, para la vida y la dignidad).

La humanización de la práctica médica no significa ahora el volver al modelo paternalista y caritativo de “bienestar-sin-autonomía”, como tampoco el aceptar uno basado en el servilismo o en la autonomía unilateral o en el sometimiento al conocimiento técnico, sino, como ya se ha dicho, el desarrollar una práctica fiduciaria en la que el médico acabe por ser, como propone I. Illich, el *amicus mortis* del paciente, es decir aquel con el que se comparte la verdad, porque siempre la dice por amarga que sea, que nos acompaña en los buenos y malos momentos y nos ayuda en el tránsito hacia la muerte, tan vital como el nacimiento o la enfermedad, sin abandonarnos nunca.

Esta propuesta, de humanización de la medicina, tiene sin embargo el riesgo de contra lectura de una posible “medicalización de la sociedad”, en la que a partir de la vulnerabilidad de las personas y del monopolio curador de los médicos, la Medicina rebase sus propios límites y termine por ser, por contraposición, patógena. Esta eventualidad resultaría de la inducción de daños clínicos provocados en forma activa o pasiva por ciertos actos médicos,

con insuficiente evidencia, poseedores de una inadecuada relación riesgo/beneficio; del enmascaramiento de condiciones socio-políticas por actividades sanitarias benevolentes no ajustadas al principio de justicia; del secuestro de la autonomía del paciente para decidir sobre sí mismo y para modelar su ambiente; y del desarrollo de una cultura de la enfermedad y no de la salud.

La humanización de la medicina entonces requiere de la simetría fiduciaria entre el interés de la atención sanitaria universal y justa, y el riesgo de medicalización.

8. La educación en Bioética

La educación médica, y más la referida a bioética, debe necesariamente rescatar el sentido etimológico de “guiar, conducir” o “formar, instruir” derivado de las raíces latinas de la palabra educación: *educere o educare*. Como tal implica entonces un proceso bidireccional de aprendizaje (es decir de adquisición de nuevos recursos para el repertorio de respuestas del agente de salud frente a problemas de su campo de acción), de transmisión de una cosmovisión específica, de aprehensión de conocimientos y costumbres, pero también de valores y formas de actuar. Así pues es un proceso de vinculación social y de concienciación cultural, moral y conductual, en otros términos de socialización en tanto se aprenden e interiorizan formas de percibir la realidad, y se aceptan o rechazan normas y valores que aseguran la interacción social de acuerdo a un modelo determinado.

En Bioética se discuten dos enfoques que Gracia identifica con los nombres de “pedagógico” y “socrático”.

El enfoque pedagógico (*antropogógico*) es el que analiza la educación desde el punto de vista de su diseño, implementación y evaluación, es decir establece los objetivos, programas, contenido curricular, medios audiovisuales de apoyo, métodos de evaluación de los conocimientos y habilidades (resolución de casos, dramatizaciones) y también aptitud, habilidades y conocimientos

de los docentes. Este enfoque buscará, como se indica, la adquisición de conocimientos y de habilidades, y determinará básicamente los objetivos de la *educación en Bioética*.

El enfoque socrático busca inducir en el sujeto de aprendizaje un cambio, lo que los latinos definen como “conversión”, en el sentido existencial, orientando la vida hacia la trascendencia. La educación para dejar de ser un conocimiento externo, solo erudito, sin interés vital verdadero, debe buscar que se produzca esa conversión, imprescindible en la ética. La experiencia en la educación filosófica demuestra que el mejor método para lograrla, sino el único, es la mayéutica socrática, en la que no se busca imponer nada al sujeto, sino ayudarlo a sacar lo mejor que él tiene en su interior, de tal forma que la conversión sea un proceso personal en la que el tutor solo hace de facilitador. Así el método socrático no es un modelo que recurre a certezas sino a incertidumbres (las del estudiante pero también las de su tutor), que posibilita la “conversión” desde el interior de uno mismo, haciendo confesar una forma de vida que busca la excelencia, y que debería conducir la *educación bioética* entre seres libres y deliberantes.

Así la *educación en Bioética* solo podrá definir objetivos directos –y por ello fácilmente mensurables– de conocimientos y habilidades; pero la *educación bioética* aspirará a finalidades inmensurables de perfeccionamiento de actitudes y carácter.

El enfoque antropogógico de la Bioética, sus contenidos y sus métodos, busca todavía una fórmula que permita el cumplimiento de sus objetivos, si bien tiene un largo camino recorrido.

Tal vez su currículo esté ya esquematizado para las dos propuestas educativas: requiere de la definición de sus límites pero sin extraerla del contexto cultural que incluye el derecho, la sociología, la antropología, la salud pública; y del conocimiento no solo de la historia de la medicina y del pensamiento médico, sino también de la historia de la ética médica. Otra área debe referirse a los métodos de análisis y a los fundamentos teóricos de los principios identificados y de aquellos que pudiesen hacerlo más ade-

lante, con un examen comparativo de la fuente o fundamentación de las convicciones y valores en los tópicos contemplados; en esta perspectiva es necesario, y más en países como el nuestro, un enfoque transcultural que recupere no solamente la actitud tradicional sino también la práctica corriente que podría definir un compromiso ético aceptado o aceptable. El currículo debe incluir también el estudio de la deontología médica vigente como determinante de las normas de moral médica que imperan en la sociedad donde desarrolla su práctica el médico, que limitan su acción y determinan su "saber estar".

En el periodo de pre clínica deben abordarse los temas de la teoría médica, los juicios morales, la fundamentación y metodología de la ética médica, con especial interés en la teoría de los Derechos Humanos, la antropología médica y la evolución histórica del pensamiento y las tradiciones médicas, así como del imaginario social sobre la concepción de salud y enfermedad, y la actitud ante la muerte y el cadáver. En el ciclo clínico la ética a tratarse será la bioética clínica o aplicada, en un modelo ideal en comunión con la patología, que identifique los derechos de los pacientes como humanos, enfermos, sujetos de estudio, y merecedores de respeto. En la etapa terminal de pregrado debería aprenderse la deontología, como compendio de obligaciones profesionales y como constitutiva de una "ética de mínimos", cuyo cumplimiento forzoso (o rebeldía) conlleva el ingreso al cuerpo profesional.

En esta *educación de Bioética* se debe establecer el conjunto de condiciones y saberes o titulaciones que debe tener el docente o tutor, su competencia demostrable así como sus habilidades didácticas.

El enfoque socrático para la *educación bioética*, que busca la finalidad de la conversión del carácter y el perfeccionamiento de las actitudes, está menos definido en cuanto a sus procesos.

Se ha insistido, y con razón, en que la *educación bioética* requiere de la transferencia de valores, actitudes, creencias, virtudes y convicciones; para lograrlo, a tiempo de desarrollar un quehacer bioético, se ha recurrido al procedimiento casuístico (de estudio

de casos) y, de una manera indefinida, al uso del ejemplo preceptivo, sin que éste sea excluyente de aquél. El método de casos exige destreza importante para su manejo por el tutor, pero también la motivación y el conocimiento previo de pre-requisitos por los posibles actores de los aprendizajes. Aún en escenarios óptimos no deja sin embargo de ser eso, “un caso”, y como tal sometido a la incredulidad que puede tener un paradigma lejano y no comprometedor: una pieza de teatro que se refleja en un prosenio en el que se observa a “otros”. Su asimilación o no como experiencia biográfica propia definirá su utilidad para la *educación bioética* o en la *educación de Bioética*. El dejar librado al ejemplo preceptivo la transferencia bioética es, si bien próximo al ideal en cuanto a método de inmersión para la educación bioética, inespecífico y eventualmente equívoco: el patrón ejemplificador puede ser incorrecto, o su interpretación inadecuada. No se puede seleccionar quiénes harán de ejemplos, tampoco asegurar que esos ejemplos se ajusten a la totalidad de los valores positivos de la sociedad, y si la asimilación será de éstos o de los negativos.

En este enfoque, de acuerdo a Gracia, el docente será más tutor en cuanto tutelar capaz de llevar el cometido de inducir la conversión. Esta opción requiere de conocimiento y habilidades pero sobre todo de *actitudes y carácter*, en ella el facilitador debe poseer carisma y el don de la mayéutica, de forma tal que no manipule a sus interlocutores e idealmente debe estar alejado de la gestión tradicional y burocrática tal y como lo proponen el ABP. El proceso docente exige en este caso el trabajo con pequeños grupos interactivos y participativos que debatan en una discusión continua, con un estilo de educación más práctico que teórico que ponga énfasis en el análisis de situaciones cotidianas más que extremas o excepcionales, y que busque como objetivo la identificación y promoción de la excelencia. Pero el modelo exige también que los facilitadores de otras áreas, sin relación directa con la docencia en Bioética participen, en forma mínima preceptiva, en la *educación bioética* y adquieran un compromiso de formación continua, a través de la reflexión y el debate en Bioética.

9. Ser médico en el Ecuador del 2008

La ampliación de la base social, la percepción de los invisibles en las áreas rural y urbana de Ecuador, la inversión o pérdida de valores morales en muchos estratos, la crisis económica nacional y la angustia individual con olvido de la sensación de seguridad y protección, han cambiado el imaginario social sobre el médico. La figura paternal, cuando no sacerdotal, que ejercía un *práctica basada en la experiencia* o en la narrativa de colegas, con una preocupación social benevolente y una autoridad moral apoyada en una fórmula juramental que establecía una responsabilidad más religiosa que jurídica, con un aura de prestigio y prestancia social, y aún bienestar económico, es parte ya de la historia de la medicina ecuatoriana del siglo XX.

El ser médico en el Ecuador actual tiene nuevas y viejas exigencias.

Su responsabilidad fundamental es, como siempre, la de utilizar su experticia para responder al pedido de ayuda en el campo de la salud de un individuo o una sociedad, pero ahora tiene que hacerlo sabiendo racionalmente qué y porqué hace lo que hace, y referir este doble saber al conocimiento también racional y científico de la naturaleza de la enfermedad como recurso de la vida de los individuos, y *utilizar la mejor evidencia científica para la resolución de conflictos*. Si bien su responsabilidad primera es para con su paciente, necesita reconocer su pertenencia y compromiso con la sociedad en la que ejerce, orientando su pensamiento y esfuerzo a situaciones existentes en el mundo.

Debe entender que la salud es la capacidad de transformación de condiciones personales y ambientales en valores positivos, para que el individuo y la colectividad tengan una existencia digna en la que la libertad de elección determine sus acciones. Que el paciente en cuanto ser humano es poseedor de derechos generales irrenunciables y de respeto imperativo, pero también de derechos particulares en cuanto ser social y enfermo. Su preocupación social como médico no se debe construir ya solo sobre la

beneficencia y caridad, sino en la solidaridad y compasión entendida como el compartir pasiones, y las relaciones con sus pacientes no deben ser paternales sino basadas en el reconocimiento y práctica de la autonomía y libre albedrío, de la justicia y la equidad. Debe abandonar la tradición de la medicina estratificada y en él debe prevalecer el bien común sobre el particular, conociendo además que se ha producido un proceso de proletarización profesional y que su rendición de cuentas no será ya solo religiosa, moral o ética, sino también social y jurídica.

Ser médico en el Ecuador del momento actual no es solamente escoger una forma de ganarse la vida, sino elegir una forma de vida.

10. Epítome

La práctica docente de la Bioética debe ser la de “*educación-bioética-en-Bioética*” que acabe en el desarrollo de una conciencia moral médica que provenga del ejercicio de la ética, de razonar el porqué de las acciones, y del ejercicio de la libertad y la responsabilidad que conlleva. La adquisición libre de esa conciencia moral, basada en la razón ética, no debe pasar solamente por la enumeración y aceptación acrítica de un código, sino por la creación de un espíritu regulador y tolerante en el que prime la conciencia por encima del sometimiento no reflexivo a cualquier autoridad, a partir del reconocimiento de la corporalidad de cada individuo, de su pertenencia biológica a la especie y de la necesidad de reconocerse en otros, nociones que son comunes a todas las culturas y creencias, y que no son expropiadas por la enfermedad o el riesgo.

La propuesta es que los médicos, y quienes aspiran a serlo, demuestren lo que son por sus elecciones, más que por sus habilidades.

Bibliografía

1. Brecher D. Why the Kantian ideal survives medical learning curves, and why it matters. *J Med Ethics* 2006; 32: 511-2.
2. Eco U, Martini CM. ¿En qué creen los que no creen? Colombia: Editorial Planeta; 2001.
3. Engelhardt HT. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1996.
4. Fukuyama F. *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*. Barcelona: Ediciones B; 2002.
5. Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: El Búho; 1998.
6. Gracia D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho; 1998.
7. Illich I. Death undefeated. *BMJ* 1995; 311: 1652-3.
8. Illich I. *Medical nemesis*. London: Calder and Bryers; 1975.
9. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics*. 3rd edit. New York: McGraw-Hill, Inc.; 1992.
10. Le Morvan P, Stock B. Medical learning curves and the Kantian ideal. *J Med Ethics* 2005; 31: 513-8.
11. Lolas F. *Bioética*. Santiago: Editorial Universitaria; 1998.
12. Lolas F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago: Mediterráneo; 2003.
13. Organización Panamericana de la Salud. *La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales*. Washington, D.C.: OPS; 1999.
14. Pacheco VM. Ética, moral y libertad: Reflexiones iniciales para la construcción de un modelo laico de bioética. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2002; 27: 10-22.
15. Sánchez-González MA. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson; 2002.
16. Sánchez-González MA. *Ética, bioética y globalidad*. Madrid: CEP; 2006.
17. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus; 2003.
18. Veatch RM (edit). *Cross-cultural Perspectives in Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2000.
19. Veatch RM. *The Basics of Bioethics*. New Jersey: Prentice Hall; 2003.

